



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona

.....



37122 Verona – Via Locatelli,1 – Tel. 0458006112 – 045596745 fax 045594904
www.omceovr.it – segreteria@omceovr.it - segreteria@pec.omceovr.it

Verona, 18 settembre 2020

Care/i Colleghe/i,

L'epidemia da Covid 19 ha costituito, e tuttora rappresenta, una dura prova per tutto il Paese e per il nostro Sistema Sanitario, che ha pagato un doloroso contributo di vite di Colleghe e di Personale Infermieristico impegnati nella assistenza alla popolazione.

Questo impegno è stato valutato positivamente dall'opinione pubblica e dai decisori politici; peraltro, le preoccupazioni per i tagli al nostro Sistema Sanitario, in passato ripetutamente espresse dall'Ordine, sono oggi largamente condivise a vari livelli .

La pandemia ha anche evidenziato diversi limiti organizzativi del nostro Sistema Sanitario, in parte già noti.

Da queste constatazioni la *"Commissione per lo sviluppo professionale continuo e cultura"* dell'Ordine ha sviluppato un lavoro di approfondimento della situazione, che ha portato alla stesura del documento ***"Proposte di riorganizzazione della medicina territoriale post Covid "***.

Il documento, che Vi allego, è stato discusso e approvato sia dalla Commissione Ospedale Territorio, che dal Consiglio dell'Ordine.

Sono certo che esso sarà di Vostro interesse e stimolo di riflessione.

Un cordiale saluto

Carlo Rugiu

Documento approvato dalla Commissione Ospedale Territorio dell'Ordine dei Medici C. e O. di Verona nella seduta del 22/07/2020 e ratificato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici C. e O. in data 08/09/2020

Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID

1. Premessa

L'analisi di alcuni indicatori sanitari relativi all'impatto nel nostro Paese dell'epidemia da coronavirus, attualmente in fase di declino, evidenzia alcune differenze fra regioni limitrofe tanto marcate che è utile analizzarle per ricavarne indicazioni sia per la prossima (probabile) fase endemica sia, più in generale, per l'organizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali. ⁽¹⁾

Il confronto risulta importante sotto diversi aspetti, e non solo per quello della mortalità che ha attirato, per la sua consistenza, l'attenzione generale

Crediamo, infatti sia di maggior interesse analizzare altre due differenze dato che possono contribuire a far luce sulle cause remote (od, almeno, su alcune delle cause remote) della differenza del numero di decessi attribuiti al coronavirus.

Prendendo, come riferimento temporale, la data (assunta a caso) del 15 Marzo possiamo notare che:

- *in Veneto di fronte a 426 ricoverati in ospedale per coronavirus i soggetti isolati a domicilio come sospetti o contatti stretti erano 1.434 ; più del triplo.*

Se confrontiamo questi dati al 22 aprile, vediamo che in Veneto, i ricoverati erano 1.205 contro 8.623 soggetti posti in quarantena con una proporzione fra ricoverati ed isolati di circa uno ad otto. In altri termini, il Veneto ha fin dall'inizio dell'epidemia utilizzato il criterio di mettere in quarantena i contatti stretti.

Riteniamo che questo aspetto sia stato molto più rilevante, nel contenere la diffusione del contagio, rispetto all'utilizzo su larga scala dei test di identificazione del virus che sono stati disponibili in quantità sufficiente solo più tardi.

Il secondo punto di rilevante differenza è stato dato dal fatto che in Veneto la maggior parte dei soggetti che si presentavano con i sintomi iniziali della malattia sono stati seguiti a domicilio dal loro medico di famiglia sia per via telefonica sia, in secondo tempo, con team equipaggiati adeguatamente con dispositivi di sicurezza; l'accesso al pronto soccorso e agli ospedali è stato così filtrato e ridotto tanto che questo afflusso non ha mai saturato completamente le disponibilità di posti letto dei reparti

- *IL 9 marzo i pazienti in trattamento a domicilio erano, in veneto il 65,9%*

Un esempio di questa scelta di politica sanitaria è dato dall'approccio scelto, venti anni or sono, dal Veneto nell'organizzare l'assistenza domiciliare dei pazienti oncologici terminali.

¹ i dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale – sede : Milano , casa della cultura – sui dati del Ministero della Salute , dell'ISS e altre istituzioni ufficiali.

il Veneto, ha centrato questa assistenza sui medici di famiglia che sono stati addestrati all'uso delle cure palliative e possono disporre di consulenze specialistiche e di assistenza infermieristica. (vedi scheda uno)

La crisi pandemica ha, per altro, fortemente provato anche il sistema regionale veneto nel quale la scelta di concentrare le risorse principalmente nella rete ospedaliera è stata, in ogni caso, presente ma meno marcata rispetto alla Lombardia e si sono così potute sviluppare, sia pure in modo disomogeneo, esperienze di organizzazione di medicina di gruppo, con personale sanitario non medico e personale amministrativo, più attente al modello organizzativo inglese del National Health Service da sempre orientato a mantenere equilibrato il rapporto fra medicina territoriale e medicina ospedaliera.

Va tenuto conto che se la crisi del modello ospedalecentrico si è manifestata di fronte ad un evento a carattere epidemico generato dal coronavirus, ancor più grave è la persistente crisi nei confronti di un quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza di patologie cronico degenerative. In altri termini, un servizio sanitario regionale che scelga di puntare sul rafforzamento della medicina territoriale e sulla prevenzione sarà in grado di rispondere con maggior efficacia sia a nuovi eventi epidemici od endemici causati da agenti infettivi sia nella gestione sia alle patologie cronico degenerative; in ambedue queste situazioni il risultato sarà la capacità di filtro dell'afflusso di pazienti verso le strutture ospedaliere e verso le case di riposo.

2. Proposte

2.1 Proposte per la fase di epidemia

L'epidemia che stiamo ancora affrontando evolverà probabilmente in un quadro epidemico endemico caratterizzato dalla ricomparsa di focolai epidemici.

Per affrontare questo scenario è necessario sviluppare in modo marcato la collaborazione finora raggiunta fra MMG e Dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo è individuare e circoscrivere velocemente tutti i nuovi casi ed i nuovi focolai di contagio. Ciò è raggiungibile solo se viene costruito un saldo rapporto bidirezionale di informazioni e di chiarezza di mansioni fra territorio e dipartimento in modo da consentire al mmg (naturale prima sentinella dei nuovi casi sospetti) di allertare il DP e di mettere in isolamento domiciliare fiduciario il paziente agendo come propaggine avanzata del Dipartimento stesso in attesa di avere una validazione diagnostica strumentale. Va, inoltre definito che l'effettuazione del tampone diagnostico, viene effettuato dal mmg stesso.

- *Per attuare questa modalità è essenziale che mmg e Dipartimento lavorino su una stessa piattaforma informatica dedicata e che i mmg abbiano a disposizione un numero specifico presso il Dipartimento per segnalare i nuovi casi e presso il 118 per richiedere l'eventuale ospedalizzazione su un canale preferenziale rispetto alle chiamate dell'utenza.*

- *D'altro lato, il Dipartimento deve alimentare la piattaforma informatica che verrà utilizzata per i flussi informatici di ritorno al mmg comprendenti i dati amministrativi che consentano al mmg di stilare i certificati necessari per i dipendenti posti in isolamento domiciliare. L'assenza di questi banali provvedimenti ha reso ancora più difficile il lavoro dei mmg in questa prima fase di epidemia.*

Integrazione

- *Riorganizzare i servizi e gli specialisti ospedalieri utilizzandoli solo per interni la mattina ed aprendoli nel pomeriggio per supporto al territorio*
- *Organizzare gli accessi al Pronto soccorso, al trauma center e alle urgenze internistiche su invio del curante (anche con la sola consulenza telefonica)*

- *Le dimissioni dovrebbero avvenire o al domicilio del paziente anche attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti più fragili o verso un ospedale di comunità (di cui va potenziata la presenza come previsto nell'ultimo piano regionale) o infine verso l'hospice.*

2.2 proposta generale

Le nuove politiche sanitarie regionali post epidemiche dovrebbero , quindi, puntare a stimolare un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate (²), con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili sia in ambulatorio che a domicilio come saturimetri di precisione, elettrocardiografi ed ecografi e che consentano di sfruttare appieno le attuali possibilità offerte dalla telemedicina.

La proposta è, quindi, di favorire la formazione di team di mmg (ad esempio, 10 medici per 15.000 abitanti con personale infermieristico e amministrativo) da adattarsi al territorio prevedendo incentivi per le zone disagiate o montane .Vanno limitati alle sole zone disagiate i piccoli ambulatori periferici .

- *Il team dovrebbe provvedere all' assistenza ambulatoriale e domiciliare su 24h, con reperibilità sia telefonica che con visite domiciliari . La conoscenza dei pazienti (i team dovrebbero confrontarsi sui casi più gravi e complessi con meeting settimanali) migliorerà il livello di assistenza rispetto a quella attuale .*

L'esperienza dei micro-team (formata da un mmg e da un infermiere) nell'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da coronavirus è una modalità operativa da valorizzare dato che porta a casa del paziente un medico che lavora all'interno del gruppo di mmg in cui opera il medico curante del paziente e che ha a disposizione tutte le informazioni necessarie ad inquadrare il paziente stesso.

E' una buona alternativa all'attuale sistema di Assistenza di continuità assistenziale, modello che ha dimostrato molti limiti operativi. L'attivazione di gruppi di medici associati in modo organizzato diventerà la norma garantirà una riorganizzazione della copertura sanitaria delle ore festive e notturne. I colleghi di guardia medica saranno integrati nei team.

- *In questo contesto, il distretto assumerà compiti di coordinamento,di aggiornamento di controllo e soprattutto di mettere a disposizione in tempo reale una diagnostica radiologica e specialistica di primo livello.*

- *All'interno dell'ambulatorio può essere previsto un punto prelievi in supporto o in alternativa al punto prelievi distrettuale.*

² L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle sedi fisiche di molte medicine di gruppo. Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale; le sedi sono spesso ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale.

La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi (che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico.

I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività.

Resta da affrontare in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora stato formulato un progetto complessivo di task shifting. (³) (⁴)

Va sottolineato che, affrontato questo nodo, il nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla scarsità di medici di medicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese. Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato migliorerebbe, in tempi brevi, l'offerta sanitaria regionale.

³ Secondo l'OMS "task shifting" è la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

In realtà si tratta di una modalità razionale che affida un compito alla persona meno qualificata, dal punto di vista formale, in grado di svolgerlo correttamente; è uno dei criteri di efficienza della strategia Primary Health Care, indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il modello da seguire per la salute globale.

che può trovare un ambito particolarmente favorevole nelle attività di medicina territoriale e prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" formale delle competenze professionali particolarmente elevato.

⁴ The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: World Health Organization, 2008.

Scheda uno: la politica della regione Veneto nei confronti della medicina territoriale

1. Dai primi anni 2000 al 2019 in tutto il Veneto sono stati in vigore gli Accordi Regionali che implementavano e integravano l'Accordo Nazionale (ACN) per la medicina generale, riprendendo l'esperimento attivato a Verona nel 1999/2000, con il nome di Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale, il primo patto locale non solo in Veneto.

2. Questi Accordi Regionali, venivano poi declinati in Patti Locali, cui hanno aderito circa l'80-90% dei MMG veneti

3. I Patti Locali avevano un nucleo comune in tutte le ulss, ma potevano variare in base a scelte ed esigenze locali

4. I Patti impegnavano i MMG in termini organizzativi, professionali e culturali

5. In termini organizzativi, hanno chiesto ai MMG di associarsi in : medicine di gruppo integrate e medicine di gruppo semplici (più medici sotto lo stesso tetto) e medicine di rete (più medici che pur in ambulatori separati, condividono lo stesso programma e le cartelle dei pazienti).

i MMG così riuniti coprono la giornata (nel senso che un ambulatorio resta aperto ai pazienti) per 12 ore, 10 ore, 8 ore. Ogni medico risponde ai propri pazienti dalle 8 alle 20 o direttamente o attraverso il collega che copre l'orario totale del gruppo. Ogni medicina di gruppo o di rete converge poi in un TEAM o AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), coprendo una popolazione di 15.000-20.000 abitanti. Il TEAM si trova periodicamente per (circa 5-6 sedute all'anno) per recepire i mandati del patto e valutare i risultati.

6. In termini culturali, ai MMG è stato chiesto di prescrivere esami diagnostici e farmaci con appropriatezza. Sono stati affrontati in tutti questi anni il tema delle risonanze, delle ecografie, e di altri esami strumentali, degli antiipertensivi, dei PPI, etc. con buoni-ottimi risultati in termini di adesione e di outcome.

Particolarmente importante anche la presa in carico dei pazienti diabetici, dei pazienti in trattamento anticoagulante, dei pazienti con scompenso cardiaco e dei pazienti con BPCO , anche questo in netta contrapposizione con le scelte della Regione Lombardia.

7. Un altro obiettivo trasferito ai MMG è stato il tema delle vaccinazioni antinfluenzali fatte agli over65 e che sono passate dal 20-30% degli anni '90, quando erano affidate ai distretti, all'attuale 60-80% a seconda delle AFT.

8. Nei patti viene richiesta la partecipazione all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata: oncologica e medica), che si affiancava all'AP (Assistenza Programmata) per i pazienti con difficoltà a deambulare e quindi a venire in ambulatorio.

3 settembre 2020